

「指定訪問リハビリテーション」

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(熊本県指定 第 4370105464 号)

当事業所はご契約者に対して指定訪問リハビリテーションを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇◆目次◆◇

1. 概要	2
2. 事業の目的と運営	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の人員配置	3
5. 訪問リハビリテーションの提供方法	3
6. 訪問リハビリテーションの内容	3
7. サービス提供の記録	4
8. サービスの利用料金	4
9. 利用料の負担額について	6
10. サービス内容等に関する相談窓口	6
11. 市町村への通知	6
12. 守秘義務及び個人情報の保護	6
13. 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止	6
14. 事故発生の防止及び発生時の対応	7
15. 衛生管理	7
16. 書面掲示	7
17. 記録の整備	7
18. 虐待防止のための措置に関する事項	7
19. 身体拘束等	8
20. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置に関する事項	8
21. 業務継続計画の策定	8
22. 職員の就業環境の確保について	8
23. サービス利用上の禁止事項	8
24. サービスの利用にあたっての留意事項	9

1. 概要

(1) 事業者の名称等

- ・名 称：社会医療法人寿量会
- ・代表者氏名：理事長 米満 弘一郎
- ・所 在 地：熊本市北区山室六丁目 8 番 1 号
- ・電 話 番 号：096-345-8111（代）

(2) 事業所の概要等

- ・名 称：訪問リハビリテーションセンター清雅苑
- ・管 理 者：野尻 晋一（理学療法士）
- ・所 在 地：熊本市北区山室六丁目 8 番 1 号
- ・電 話 番 号：096-345-8112（代）内線 7309
- ・F A X 番 号：096-345-8188
- ・事業所番号：熊本県知事指定 4370105464 号

2. 事業の目的と運営

(1) 事業の目的

当事業所は、ご利用者が可能な限りその居宅や地域において、その有する能力を発揮し、自立した日常生活を営むことを支援するとともに、要介護状態の悪化に陥らない活動性の高い生活、生きがいある生活が送れるよう、リハビリテーションの専門的視点から、利用者やその家族を支援する。利用者の「生活の再建」と「QOL の向上」を目的とします。

(2) 運営の方針

当センターは、次に掲げる基本方針に基づき事業を運営いたします。

- 1 訪問リハビリテーション（以下訪問リハビリという）の提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立った訪問リハビリテーションの提供に努めます。
- 2 訪問リハビリの提供にあたっては、単なる機能訓練の出前ではなく、生きがいある活動的な生活を追求します。
- 3 常に質の高い訪問リハビリを提供いたします。
- 4 自らその提供する訪問リハビリの質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- 5 正当な理由がない限り訪問リハビリテーションの提供を拒みません。

3. 事業実施地域及び営業時間

- ・通常の実施地域は、熊本市、合志市、菊池郡市といたします。
- ・営業日：月曜日～土曜日（祝祭日及び 12 月 30 日～1 月 3 日を除く）。
- ・営業時間：（平日）午前 8 時 30 分～午後 5 時まで（土曜）午前 8 時 30 分～12 時 20 分まで。

4. 職員の人員配置

訪問リハビリテーションを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

(2025年10月1日現在)

職種	常勤	兼務	非常勤	常勤換算	指定基準
1. 管理者		1		0.1	指定訪問リハビリテーションの提供にあたる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を『適当数』配置すること。
2. サービス提供責任者(主任)		1		0.5	
3. 訪問療法士					
(1)理学療法士(管理者含む)	2	4		3.6	
(2)作業療法士	4			4.0	
(3)言語聴覚士		1		0.1	

※常勤換算とは、常勤・非常勤の従事者「常勤」に置き換えた場合の人数、及びその換算方法をいいます。

5. 訪問リハビリテーションの提供方法

1 訪問リハビリテーションの提供開始に際し、あらかじめ利用申込者又はご家族に対し、運営規程の概要、理学療法士、作業療法士等の勤務体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められるこの本文（重要事項説明書）を記した文書を交付して説明を行い、サービスの提供の開始についてご利用申込者の同意を得ます。

2 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえ、訪問リハビリテーションの適切な評価に基づき計画的に提供されるよう、専門的知識に基づきその説明や相談に応じるとともに、リハビリテーション計画書等の文書を示して、リハビリテーションの目的、具体的内容等の説明を行い、同意を得て行います。

3 訪問リハビリテーションの提供にあたっては、訪問リハビリテーションの指示を出す医師と、実施上の注意点、リハビリテーションの内容について、また担当の介護支援専門員と居宅サービス計画上の目的、役割等について事前に確認、調整を行い、指示書及び居宅サービス計画に沿うよう、専門的な評価に基づきリハビリテーション計画を立案し、提供します。また訪問リハビリテーションの実施状況を定期的および報告が必要と判断したときに、診療情報提供元の主治医および介護支援専門員へ報告を行います。

6. 訪問リハビリテーションの内容

当事業所は専門的知識に基づき、医師の指示のもと以下の訪問リハビリテーションを提供いたします。

- 1 障害・残存能力に基づいたA D L、I A D Lの評価、指導、訓練
- 2 座位姿勢や起居動作等の姿勢や基本動作の評価、指導、訓練

- 3 移動動作の評価、指導、訓練
- 4 Q O L 向上の為の支援
- 5 福祉用具の選定、評価、適合、指導
- 6 住宅改修案の立案、改修前後の動作指導、その他環境整備に関する評価、指導、訓練。
- 7 家族への介護方法の指導
- 8 廃用性症候群予防のための体操、生活指導、訓練など
- 9 その他、利用者の生活機能向上に必要と思われる評価、指導、訓練

7. サービス提供の記録

訪問リハビリテーションのサービスを提供した際には、訪問リハビリテーションの提供内容に関わる必要な内容を記録します。

8. サービスの利用料金

一、訪問リハビリテーション費

項目	料 金			内 容
	1 割の方	2 割の方	3 割の方	
訪問リハビリテーション費	308 円／回	616 円／回	924 円／回	20 分間リハビリテーションを実施した場合に、1 回として算定いたします。

二、加算料金

項目		料 金			内 容
		1 割の方	2 割の方	3 割の方	
短期集中リハビリテーション実施加算		200 円／日	400 円／日	600 円／日	退院・退所後または要介護認定日から 3 ヶ月以内に週 2 日以上（40 分以上/日）利用の場合に算定いたします。
リハビリテーション マネジメント	Ⅰ	180 円／月	360 円／月	540 円／月	最も質が高いリハビリテーションマネジメント加算Ⅰを取得し、医師の医学的管理のもと、ご利用者の在宅生活の継続と質の向上に向けて、積極的に取り組んでおります。
	Ⅱ	213 円／月	426 円／月	639 円／月	
	Ⅰ及びⅡに 加算 されます	270 円／月	540 円／月	810 円／月	医師が利用者またはご家族に説明した場合加算されます。

退院時共同指導加算	600 円/ 一回限り	1200 円/ 一回限り	1800 円/ 一回限り	事業所の従業員が退院前のカンファレンスに参加し指導を行った場合に加算されます。
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 円／回	480 円／回	720 円／回	医師の指示のもと、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれる方を対象に算定いたします。
移行支援加算	17 円／日	34 円／日	51 円／日	前年度の事業所の実績が指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合に加算されます。
口腔連携強化加算 ※連携先歯科医療機関は下記の通り	50 円/月 一回限り	100 円/月 一回限り	150 円 / 月 一回限り	事業所と歯科専門職の連携の下、口腔の健康状態の実施、及び情報提供を行った場合に算定いたします。但し、歯科医療機関は訪問診療料を算定していること
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6 円／回	12 円／回	18 円／回	当事業所は 7 年以上の勤続年数がある職員を配置しています。

詳細は別紙利用料金説明書をご参照ください。

※連携先歯科医療機関名：伊東歯科口腔病院

熊本市中央区子飼本町 4-14 096-343-0377

※ 利用料金のお支払方法

以下の中からお選びください。

- 1) 自動引き落とし：毎月 15 日までに前月分の請求を致します。20 日に口座から引き落とされます。

対象となる金融機関は、肥後銀行、熊本銀行、熊本信用金庫、熊本中央信用金庫、天草信用金庫、熊本県信用組合、九州労働金庫、熊本県信連、熊本県内農協（JA）、ゆうちょ銀行、福岡銀行、西日本シティ銀行、鹿児島銀行、佐賀銀行、十八親和銀行、大分銀行、宮崎銀行です。

- 2) 振込：毎月 15 日までに前月分の請求を致します。30 日までに下記口座に振り込み送金してお支払いください。

肥後銀行 北熊本支店

普通預金口座（口座番号 1663158）

口座名義 シャカイリョウホクジン ジョリョウカイ リジツョウ ヨネミツウイザワ

社会医療法人 寿量会 理事長 米満弘一郎

3) 集金：毎月 15 日までに前月分の請求を致します。担当の訪問スタッフに直接お支払いください。

ご入金確認後、領収証を発行いたします。3) の集金の場合は、スタッフが利用料金の預かり書を発行いたします。入金後に預かり書と引換えに、領収証をお渡しします。

※事務手続きを簡素化するために自動引き落としへのご協力をお願い致します。

4) 2 か月間のご入金がなく、3 か月目となった場合は、ご担当の介護支援専門員と連携しサービスの利用を停止する場合がございます。

9. 利用者負担の額について

1 訪問リハビリテーションの利用料は厚生労働大臣が定めた介護報酬告示上の額によるものといたします。ただし、法定代理受領サービスである場合は、介護報酬告示上の額に利用者の介護保険負担割合を掛けた額といたします。

2 通常の事業の実施地域を越えて行う訪問リハビリテーションに要した料金負担はありません。

3 法定代理受領サービス以外の利用料の支払いを行った場合は、提供したサービスの内容及び利用料の額を記載したサービス提供証明書を発行いたします。

10. サービス内容等に関する相談窓口

窓口担当者：野尻 晋一（管理者、理学療法士）江口 宏（主任、理学療法士）

利用時間：（平日）午前 8 時 30 分より午後 5 時まで

（土曜）午前 8 時 30 分より 12 時 20 分まで

※日曜日、祝日、12 月 30 日から 1 月 3 日は休み）

相談場所：訪問リハビリテーションセンター清雅苑内

ご利用方法：電話 096-345-8112（代）内線 7309

尚、詳細につきましては、別添をご参照ください。（様式 6）

11. 市町村への通知

ご利用者が正当な理由なく訪問リハビリテーションの利用に関する指示に従わず要介護状態等の程度を重度化させたと認められるとき又は偽りや不正行為によって保険給付を受け又は受けようとしたときは市町村に対して通知をいたします。

12. 守秘義務及び個人情報の保護

1 職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を漏らしません。また、職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

2 サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の個人情報を用いる場合はご家族の同意を、あらかじめ文書により得ておきます。

13. 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

居宅介護支援事業者又はその職員に対し、ご利用者に対して当センターのサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与することはありません。

1 4．事故発生の防止及び発生時の対応

1 当事業所は、安全かつ適切に、質の高いサービスを提供するために、事故発生の防止のための指針を定め、事故を防止するための体制を整備します。また、利用者に対する訪問リハビリテーションの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を図ります。

2 ご利用者に対する訪問リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。ただし、当センターの責に帰すべからざる理由による場合には、この限りではありません。

1 5．衛生管理

1 職員者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

2 当センターの設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。

1 6．書面掲示等

1 事業所の見えやすい場所に、運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しております。

2 インターネット上で情報が閲覧できるよう、法人のホームページへの掲載、また、情報公表システムに掲載し公表を行っております。

1 7．記録の整備

訪問リハビリテーションに関する次の記録を整備し、完結の日から5年間保存するものといたします。

1 事業所医師による指示の文書、及び主治医からの診療情報提供書

2 訪問リハビリテーション計画書

3 提供した具体的なサービス内容の記録等

4 市町村への通知に係る記録

5 事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録

6 身体拘束に関する記録

1 8．虐待防止のための措置に関する事項

当事業所は利用者の人権の擁護、虐待の防止のため次の措置を講じるものといたします。

1、従業員の対する虐待を防止するための研修の実施を行います。

2、虐待の防止のための対策検討委員会を設置し定期的に開催を行い、その結果は従業員に周知徹底いたします。

3、当事業所では「虐待防止対策のための指針」を定め適正化の徹底を行います。

4、虐待防止対策を適切に実施するための担当者を設置いたしております。

5、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。

19. 身体拘束等

当事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

- 1、身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- 2、身体拘束の適正化のための指針を定め適正化の徹底を図ります。
- 3、従業員に対し、身体拘束等の適正化のために研修を定期的実施致します。

20. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置に関する事項

当事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。（新型コロナウイルス感染症等を含む）

- 1、当事業所は感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- 2、当事業所は感染症の予防およびまん延の防止のための指針の整備を行っております。
- 3、当事業所は、従業員に対し、感染症の予防及び蔓延の防止のための研修並びに感染症の予防およびまん延の防止のための訓練を定期的実施しております。

21. 業務継続計画の策定

- 1、当事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画「業務継続計画 BCP」を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- 2、当事業所は職員に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施いたします。
- 3、当事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

22. 職員の就業環境の確保について～パワハラ・セクハラ防止～

当事業所は適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業員の就業環境を害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

23. サービス利用上の禁止行為

サービスを提供するにあたり、利用者または家族による職員に対する以下のような不信行為を禁止しております。継続し難いほどの不信行為を行った場合、訪問リハビリテーションを中止することもございます。

（不信行為の例）サービスに必要なことを強制的に行わせること、職員の指摘・指示を無視すること、故意に必要な情報や連絡事項を与えないこと、不必要な身体への接触、容姿及び身体上の特徴に関する不必要な発言・質問・性的および身体上の事柄に関する不必要な発言・質問、個人を中傷するうわさの流布及び個人のプライバシーの侵害、交際・性的関係の強要、わいせつ図画の閲覧、配布、

掲示、身体的暴力行為を行うこと、人格を傷つける発言を行うこと、一方的に恫喝すること、私物を意図的に壊すことや隠すこと、その他不信行為の例に準ずる言動を行うこと等です。

2 4. サービスの利用にあたっての留意事項

1 訪問リハビリテーションの提供を行っているときに、利用者の容態の急変が生じた場合は、必要に応じて臨時応急の手当てを行い、速やかに主治医等に連絡を取るなどの必要な対応を行います。

2 利用者の契約の有効期間中、地震、台風、大雨等の天災その他やむを得ない事情により、訪問リハビリテーションの実施ができなくなった場合には、利用者に対してサービスの提供すべき義務を負いません。しかし、当事業所は感染症及び災害に係る業務継続計画を策定し速やかにサービス再開に努めます。

3 ご自宅にペットがいる場合、リードやゲージなどでご対応いただき、サービス提供中の支障が出ないようにご協力をお願いいたします。ご協力いただけない場合はサービスを中止する場合がございます。

また、職員が怪我などで負傷した場合、通院等に係る費用については、過失の割合にてご対応いただく場合がございますので予めご了承ください。

4 サービスの利用の際には、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証をご提出ください。

5 介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の更新時、又は変更時には、改めてご提出ください。

6 職員に対しての金品の受け渡しはご遠慮下さい。

年 月 日

指定訪問リハビリテーションの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

訪問リハビリテーションセンター清雅苑

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問リハビリテーションサービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____ 氏名 _____ 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第 37 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 8 条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。
